

海外療養費の給付に関する同意書

年 月 日

カルビー健康保険組合理事長殿

保険者（カルビー健康保険組合）が、給付に関して必要があると認めたときは、申請書類の提供等により、本人、医療機関、事業所、官公庁等に照会を求めることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合は、パスポートをカルビー健康保険組合に提示することも併せて同意します。

被保険者（成年後見人・法定相続人）署名欄

住所.....

氏名..... 印.....

療養を受けた方との関係：本人・被扶養者・成年後見人・法定相続人・その他（ ）

療養を受けた方

氏名.....

- 本同意書の有効期限は、署名日から6ヶ月間です。
- 照会先が複数となる場合、本同意書の写しも有効とさせていただきます。